

Ärztlicher Fragebogen zur Hospizaufnahme



Caritas Hospiz, René-Schickele-Str. 8, 40595 Düsseldorf

Tel. 0211/1602-2990, Fax 0211/1602-29960, Email caritas.hospiz@caritas-duesseldorf.de

Name, Vorname: _____, _____

Geb.- Datum: _____

Hausarzt:

(Name, Adresse, Telefon, Telefax)

Diagnose:

Bestehen ansteckende Krankheiten?

ja

nein

MRSA

Hepatitis A/B/C

HIV-positiv

TBC

Pilzinfektionen

sonstiges _____

Suchterkrankungen:

nein

Alkoholmissbrauch

Medikamentenabusus

sonstiges _____

Gemütszustand:

freundlich

kooperativ

depressiv

aggressiv

Geistig-seelische Störungen oder Behinderungen:

Orientierung:

örtlich: ja

nein

gelegentlich

zeitlich: ja

nein

gelegentlich

zur Person: ja

nein

gelegentlich

situativ: ja

nein

gelegentlich

Hörbehinderung:

nein

schwerhörig

Hörgerät

taub

Sehbehinderung:

nein

sehbehindert

Brille

blind

Kommunikation:

nicht eingeschränkt

eingeschränkt - Wodurch? _____

Gehfähigkeit:

ohne Hilfe

mit Hilfe

Rollstuhl

mit Hilfsmittel

Treppensteigen:

möglich

mit Hilfe

nicht möglich

Bettlägerig:

nein

häufig

ständig

Unruhe:

nein

ständig

nächtlich

medikamentös beeinflussbar

Ärztlicher Fragebogen zur Hospizaufnahme



Benötigt fremde Hilfe bei:	nein	mit Unterstützung	teilweise Übernahme	komplette Übernahme
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren / Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagern zur Nachtruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfebedarf beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ernährung / Kostform: bes. Diät Allergie Magensonde / PEG passierte Kost

Ernährungszustand (z.B. Adipositas, Kachexie, Mangelernährung, etc.): _____

Dauernde Aufsicht erforderlich: ja nein Wofür? _____

Allergie: ja nein Welche? _____

Stuhlinkontinenz: kontinent inkontinent Stomaträger

Harninkontinenz: kontinent inkontinent Blasenkatheter Suprapubischer Katheter

Vorhandene Hilfsmittel: _____

Verordnete Medikamente: _____

Hinweise und Bemerkungen des Arztes: _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes
